

ВЛИЯНИЕ БЕФОЛА НА ПОТРЕБНОСТЬ В ПРОМЕДОЛЕ У БОЛЬНЫХ С АПАТИЧЕСКОЙ ДЕПРЕССИЕЙ В ПОСЛЕОПЕРАЦИОННЫЙ ПЕРИОД

Сергеенко Н.И., Никитина Е.В.

*УО «Витебский государственный ордена Дружбы народов
медицинский университет»*

Острая послеоперационная боль, являющаяся комплексной физиологической реакцией на повреждение тканей, может быть причиной увеличения числа послеоперационных осложнений и смертности [9]. При определении доз наркотических анальгетиков учитывают возраст, степень тяжести пациента, характер сопутствующих заболеваний и т.д. [8]. Одним из факторов, влияющих на адекватность анестезии, является психоvegetативное состояние больного [2]. Кроме того, психическая и физическая астенизация осложняют послеоперационное течение [4].

Целью нашего исследования явилось изучение потребности в промедоле в послеоперационный период у пациентов с апатической депрессией на фоне терапии антидепрессантом бефолом.

Материал и методы. При обследовании больных, поступавших в хирургический стационар для плановых операций у 49 обоего пола в возрасте от 57 до 79 лет в предоперационном периоде была выявлена апатическая депрессия, признаки которой сохранялись и в послеоперационный период. Для выявления данного типа эмоционального реагирования применяли модифицированный [1] Миннесотский анкетный тест (Minnesota Multiphasic Personality Inventory - MMPJ). Кроме общепринятого обследования в пред- и послеоперационном периодах изучали функциональное состояние вегетативной нервной системы (ВНС), определяя показатели вегетативного индекса Кердо (ВИ) и индекса минутного объема крови (QV_m). При этом использовали методы, рекомендуемые рядом авторов [3]. ВИ указывает на вегетативную направленность в конкретных условиях. ВИ с положительным знаком – преобладание симпатотонии, с отрицательным – преобладание парасимпатотонии. В норме и покое ВИ равен около 5 – умеренная симпатотония [7]. QV_m указывает на степень вегетативной реактивности. В норме и покое QV_m равен около 1,0, все пациенты были разделены на 2 группы: 1 группа (23 пациента) была контрольной. Больные 2 группы (26 человек) принимали бефол по 0,1 в сутки в пред- и послеоперационном периодах. Промедол вводили парентерально по требованию – наиболее распространенная методика послеоперационной анальгезии в лечебных учреждениях мира [6]. Дозы промедола рассчитывали в мг/кг в сутки. В послеоперационном периоде сравнивали потребность в промедо-

ле между группами. Полученные результаты обработаны статистически с определением коэффициента Стьюдента (t) и показателя достоверности (P).

Результаты и обсуждения. При анализе результатов, полученных у больных двух групп в предоперационном периоде, клинически наблюдали пассивное ожидание неудачи, связанное с предстоящей операцией, признаки физического вялости, заторможенности, отсутствие жалоб на соматическое и душевное состояние. В профиле MMRJ наблюдали ведущий пик на 2-ой клинической шкале и снижение на 9-ой, повышение на 0-ой. Сниженный усредненный профиль подчеркивал низкий уровень тревоги. Наблюдали преобладание парасимпатотонии и низкие показатели вегетативной реактивности (табл.).

Таблица - Влияние бефолы на потребность в промедоле у больных с преобладанием парасимпатотонии на низком функциональном уровне в послеоперационном периоде (M \pm m)

Группы	ВИ		QVm		Промедол мг/кг x сутки
	1	2	1	2	
1 гр n=23	-21,73 +3,79	-24,09 +3,75	0,81 +0,04	0,63 +0,03	0,23 0,005
2 гр n=26	-28,37 +3,41	1,68x +3,41	0,84 +0,04	1,20x +0,07	0,49x + 0,002

Примечание: 1 колонка – показатели до операции,

2 – показатели после операции;

x – достоверность по сравнению с 1 группой, где $P < 0,05$

При этом показатели функционального состояния ВНС в группах достоверно не различались. В послеоперационном периоде у пациентов 2 группы на фоне психо- и вегетостимулирующего эффекта бефолы [5] клинически наблюдали снижение признаков апатической депрессии, что подтверждалось и по данным MMRJ. Усредненный профиль MMRJ повышался, что указывало на повышение тревоги, снижались пики на 2-ой и 0-ой шкалах (снижение депрессии и интравертированности), повышение на 9-ой (шкала настроения). У больных 2-ой группы преобладала симпатотония, по сравнению с 1-ой группой показатели QVm были достоверно выше. Увеличение тревожности, совместно с функциональным ВНС способствовало и повышению потребности в промедоле, суточная доза которого у больных 2-ой группы была достоверно выше по сравнению с 1-ой.

Выводы.

1. Низкие показатели функционального состояния ВНС у пациентов с апатической депрессией соответствуют и низкой потребности в промедоле в послеоперационном периоде.
2. Повышение функциональной активности ВНС на фоне терапии бефолом у больных с апатической депрессией способствует и повышению потребности в промедоле в послеоперационном периоде.

Литература:

1. Березин, Ф.Б. Методика многостороннего исследования личности / Ф.Б. Березин, М.П. Мирошникова, Р.В. Роканец – М.: Медицина, 1976. – 176 с.

2. Вальдман, А. В. Боль как эмоционально-стрессовая реакция и способы ее антиноцицептивной регуляции / А. В. Вальдман // Вестник АМН СССР – 1980. – № 9 – С. 11-17
3. Вейн, Л. М. Вегетососудистая дистония / Л. М. Вейн, А. Д. Соловьева, О. А. Колосова. – М.: Медицина, 1981. – 318 с.
4. Кузин, М. И. Ожоговая болезнь / М. И. Кузин, В. К. Сологуб, В. В. Юденич. – М.: Медицина, 1982. – 160 с.
5. Музыченко, А. П. Бефол в ряду современных антидепрессантов / А. П. Музыченко, Г. М. Руденко // Бефол – новый оригинальный отечественный антидепрессант. – М., 1990. – С. 118-132
6. Хроническая боль как результат хирургического вмешательства: состояние проблемы, способы ее решения (аналитический обзор) / А. М. Овечкин [и др.] // Анестезиология и реаниматология. – 2002. – № 4. – С. 34-37
7. Осипова, Н. А. Оценка эффекта наркотических, анальгетических и психотропных средств в клинической анестезиологии. – Л.: Медицина, 1981. – 254 с.
8. Рациональная фармако-анестезиология / под ред. А. А. Бунятына, В. М. Мизина. – М., 2006. – 800 с.
9. Бараш, П. Клиническая анестезиология / П. Бараш, Б. Куллен, Р. Стэллинг. – М.: Медицинская литература – 2004. – 592 с.